UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Bruno Giudice Davila

Projeto de intervenção para controle e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde Cedrinho, Brusque-SC

Florianópolis, Março de 2016

Bruno Giudice Davila

Projeto de intervenção para controle e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde Cedrinho, Brusque-SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Deise Warmling
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Bruno Giudice Davila

Projeto de intervenção para controle e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde Cedrinho, Brusque-SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Deise Warmling
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

O tabagismo é considerado o principal fator de risco isolado para muitas doenças crônicas e a principal causa de morbimortalidade evitável no mundo. Tal relevância tem exigido dos sistemas de saúde a elaboração de estratégias para o enfrentamento deste problema. No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, tem articulado suas ações com base no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Neste cenário, a Atenção Básica, como assistência mais próxima ao usuário e conhecedora de suas individualidades, apresenta-se como o ambiente ideal para o desenvolvimento dessas atividades. Ao encontro disso, este Projeto de Intervenção visa implantar o primeiro grupo para controle e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde (UBS) Cedrinho, no município de Brusque - SC. A estratégia que será utilizada para o tratamento do tabagismo envolverá intervenções psicossociais, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso, quando necessário. As atividades seguirão as instruções orientadas pelas publicações do Ministério da Saúde/INCA: "Deixando de fumar sem mistérios" e "Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001". Espera-se que a implantação desta intervenção promova inicialmente a redução da prevalência do tabagismo e das doenças associadas ao uso do tabaco, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários e a redução de custos ao Sistema Único de Saúde. Posteriormente, estima-se que a longitudinalidade das ações educativas permitam a diminuição da incidência de fumantes.

Palavras-chave: Tabagismo, Abandono do Hábito de Fumar, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 11
2.1 Objetivo Geral 11
2.2 Objetivos Específicos 11

3 REVISÃO DA LITERATURA 13

4 METODOLOGIA 15

5 RESULTADOS ESPERADOS 19

REFERÊNCIAS 21

1 Introdução

Este projeto de intervenção será desenvolvido a partir da experiência vivenciada junto à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cedrinho, do município de Brusque - SC. Com uma população de 105.503 habitantes, o município de Brusque situa-se no Vale do Itajaí. Distante dez quilômetros do centro da cidade, o bairro Cedrinho, essencialmente residencial, abriga moradores que em sua maioria atuam no segundo setor, marcado pela forte indústria têxtil e metalúrgica do município.

Em relação às principais características do território de abrangência da equipe, podemos encontrar alguns pequenos estabelecimentos familiares estão presentes no bairro, as moradias são em maioria de alvenaria, o relevo acidentado e o crescimento populacional intenso. O abastecimento de água tratada é universal, no entanto o bairro não conta com rede de coleta de esgoto. Estes aspectos exigem a atuação constante do poder público na prevenção de enchentes, deslizamentos e ocupações de áreas de risco.

De acordo com os dados da secretaria municipal de saúde do município de Brusque, a população adscrita à ESF Cedrinho é de 5806 usuários (maio/2015). No entanto, a validade desses dados é comprometida em razão do grande número de microáreas descobertas, uma vez que a ESF conta apenas com dois Agentes Comunitários de Saúde. Dados do IBGE para 2013 já estimavam população de 6297 habitantes na área de cobertura da ESF. Atualmente, a população estimada é de 7200 usuários. Na UBS, as consultas médicas são agendadas e a demanda espontânea é acolhida pela equipe de enfermagem e encaminhada para consulta médica, conforme avaliação.A mesma organização é aplicada em todas UBS de Brusque.

No mês de maio de 2015, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) representaram 25% dos atendimentos médicos na UBS Cedrinho, seguidos pelos atendimentos em saúde mental (11,4%) e saúde sexual e reprodutiva (8,1%). No mesmo período, foi observado 8% de prevalência de HAS e 1,79% de DM entre os usuários da área adscrita.

Reconhecendo a necessidade de maior protagonismo da ESF no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde e a população adscrita excedente, atividades de grupo tornaram-se ainda mais importantes na organização da demanda. A reestruturação dessas atividades mantidas pela UBS, que passaram a ter como foco a intensificação das atividades educativas durante os encontros, permitiu a identificação de um acréscimo importante na demanda por atendimentos relacionados ao uso do tabaco. A boa experiência com o HIPERDIA, grupo para hipertensos e diabéticos, e a necessidade de elaboração de estratégias para o enfrentamento do tabagismo, que é a principal causa de

morte evitável no mundo; bem como a presença de profissionais capacitados, motivaram a elaboração deste projeto de intervenção, que consistirá na implantação do primeiro grupo para controle e cessação do tabagismo da ESF Cedrinho.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implantar o primeiro grupo para controle e cessação do tabagismo da Unidade Básica de Saúde (UBS) Cedrinho, do municipio de Brusque-SC.

2.2 Objetivos Específicos

- Orientar e motivar os tabagistas para o controle e cessação do tabagismo.
- Sensibilizar os participantes do grupo referente ao impacto do hábito de fumar sobre a saúde.
- Acompanhar os participantes em reuniões periódicas e atendimentos individualizados, oferendo-lhes suporte e apoio na processo de cessação do tabagismo.

3 Revisão da Literatura

Considera-se tabagismo o ato de se consumir derivados do tabaco (SILVA, 2016), seja fumado ou não-fumado (mascado, inalado ou aplicado na pele). A principal forma de uso é através do cigarro industrializado. O usuário dessa forma de tabaco é denominado fumante ativo e todos aqueles que são afetados pela fumaça produzida, fumantes passivos (BRASIL, 2015a).É definido como fumante regular o tabagista com consumo superior a 100 cigarros na vida. O consumo inferior ao descrito é caracterizado como fase de experimentação. O indivíduo com história de consumo superior a 100 cigarros na vida e que interrompeu o uso é definido como ex-fumante (CONTROL; CDC, 2009). Entretanto, não há consenso na literatura a respeito dessas definições.

O tabaco tem seu uso reportado há milhares de anos. A propagação se deu principalmente após a industrialização do cigarro e as intensivas ações de marketing sempre vinculando seu uso a ícones de beleza, poder e status social. A disseminação do tabagismo tornou-se, então, um importante problema para os sistemas nacionais de saúde em todo o mundo (INCA, 2001).

Atualmente é um dos principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis, assim como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física. Sua importância sobressai aos demais, uma vez que se relaciona não somente às doenças cardiovasculares, ao diabetes e às neoplasias, mas também com as doenças respiratórias crônicas, evidenciando a dimensão de seus efeitos (WHO, 2011).

Apesar dos esforços de controle, o tabagismo se mantém crescente na maioria dos países em desenvolvimento. Apesar de ter apresentado queda em grande parte dos países desenvolvidos, seu uso permanece prevalente, promovendo e definindo a Epidemia Mundial do Tabaco (WHO, 2001). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, e que 80% dela viva em países emergentes. Estima-se também que cerca da metade desses morrerão precocemente em razão das comorbidades associadas ao uso do tabaco, reduzindo, assim, a expectativa de vida em 15 anos, em média (WHO, 2009).

Nos últimos anos, o governo brasileiro aprovou diversas regulamentações relacionadas ao uso do tabaco em espaços públicos, à publicidade, à tributação e ao controle dos aditivos, até políticas voltadas à substituição do cultivo do tabaco por outras práticas agrícolas. Acredita-se que essas ações tenham corroborado com a queda da prevalência do tabagismo observada nas últimas décadas (31,7% em 1989 para 14,7% em 2013) (BRASIL, 2015a).

Conforme duas pesquisas nacionais – a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) –

em 2013, a prevalência de fumantes na maioridade foi de 11,3% e 14,7%, respectivamente. A região sul apresenta a maior prevalência de tabagismo do país, com 16,1% (IBGE, 2014) (BRASIL, 2014). Porto Alegre , Curitiba e Florianópolis estão entre as 5 capitais com maior prevalência no Brasil, apresentando respectivamente, 16,4%; 13,6% e 12,1% .(BRASIL, 2015b)

Ao se analisar o perfil dos usuários do tabaco, percebe-se a associação com os grupos de maior vulnerabilidade social, sendo consideravelmente maior no sexo masculino, na raça negra, nos habitantes da zona rural e nos indivíduos de escolaridade e renda menores. (BRASIL, 2015a)

Ao contrário de grande parte dos países emergentes, as políticas antitabaco trouxeram resultados muitos satisfatórios no Brasil. Dados de 2013 apontam que a proporção de pessoas expostas à mídia antitabaco foi duas vezes maior quando comparado aos expostos às campanhas pró-tabaco. Evidenciam também que 17,2% da população adulta brasileira é ex-fumante, o que supera, inclusive, a prevalência atual (IBGE, 2014). Os dados animadores são resultado de inúmeras ações e esforços implantados desde as últimas décadas do século passado. Em 1979, foi criado o primeiro programa nacional de combate ao fumo, conduzido pela Sociedade Brasileira de Cancerologia. No entanto, apenas em 1985 recebeu apoio efetivo do governo federal, com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, em seguida, do Programa Nacional de Combate ao Fumo (ROMERO; SILVA, 2011).

Em 2011, na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, realizada pela ONU, o Brasil assumiu compromisso de implementação dos artigos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, com a ambiciosa meta de reduzir a prevalência do tabagismo para 9,1% até 2022 (MALTA; JUNIOR, 2013).

O tabagismo é a principal causa global de morbimortalidade prevenível. Sabe-se que a cessação do tabagismo, ainda que em idade avançada, proporciona um aumento na expectativa de vida, além de outros importantes benefícios em longo prazo. Sabe-se que o risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de até 50% após uma década sem fumar, e que o risco de doenças cardiovasculares cai pela metade apenas após um ano sem uso do tabaco. (INCA, 2001).

A cessação do tabagismo está entre as intervenções médicas que apresentam a melhor relação custo-benefício, superior inclusive aos tratamentos para hipertensão arterial leve a moderada, dislipidemia e infarto do miocárdio (INCA, 2001). No entanto, o apoio fornecido pelos serviços de saúde brasileiros ao número crescente de pessoas interessadas em cessar o tabagismo permanece insuficiente. Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 51,1% dos tabagistas com maioridade afirmaram que tentaram parar de fumar no último ano. No entanto, apenas 8,8% do total de fumantes afirmaram ter procurado tratamento com profissional da Saúde (IBGE, 2014).

Em vista disso, o Ministério da Saúde reviu a portaria que dava as diretrizes para

o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e definiu a Atenção Básica, nível de atenção à saúde mais próximo dos usuários, como serviço principal de cuidado da pessoa que fuma (BRASIL, 2013).

4 Metodologia

Neste projeto de intervenção, foi desenvolvido com vistas à implantar do primeiro grupo para controle e cessação do tabagismo da ESF Cedrinho, do município de Brusque.

A revisão de literatura deste trabalho foi realizada através das bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Pubmed e Google acadêmico, utilizando as seguintes palavras-chaves: tabagismo; cessação; atenção básica. Foram também utilizadas publicações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer.

A estratégia que será utilizada para o tratamento do tabagismo envolverá intervenções psicossociais, com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso, quando necessário, conforme as publicações do Ministério da Saúde/INCA: "Deixando de fumar sem mistérios" e "Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001".

Na UBS Cedinrho, em razão da impossibilidade de conciliação de agenda entre todos os interessados, estabeleceu-se, então, que seria realizada alternância de turnos a cada novo grupo iniciado, com o objetivo de reduzir evasões e possibilitar a oferta de assistência a todos os interessados em cessar o uso do tabaco, respeitando sempre o limite de até 15 tabagistas por grupo. Neste primeiro momento, acordou-se a data e o horário para realização das quatro primeiras sessões previstas, ficando estabelecido encontro semanal às terças-feiras das 13:30h às 15:00h no salão da Capela São Sebastião da Igreja Católica, no bairro Cedrinho. As atividades serão desenvolvidas em 10 sessões, sendo as quatro primeiras semanais e as de seguimento após 15, 30, 60, 90, 180 e 365 dias do término da quarta sessão.

O desenvolvimento das ações será realizado por uma equipe composta por um médico, uma enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde e, eventualmente, com o apoio de um nutricionista, um psicólogo e um educador físico do NASF. Todos os profissionais envolvidos realizaram, previamente, curso de capacitação para o desenvolvimento das ações promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Brusque-SC.

Inicialmente foi realizada a identificação dos tabagistas do território através da coleta de dados dos atendimentos na UBS e da análise das fichas de cadastro individual utilizadas pelas agentes comunitárias de saúde. Posteriormente, houve divulgação e identificação dos indivíduos interessados. Estes foram entrevistados novamente, na UBS, para avaliação da disponibilidade para o tratamento, do grau de motivação, da existência de comorbidades e para avaliação do grau de dependência ao tabaco através do Questionário de Fagerström, o qual segue abaixo:

TESTE DE FAGERSTRÖM

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

( ) mais de 60 min _____ 0

( ) entre 31 e 60 mim _____ 1

( ) entre 6 e 30 min _____2

( ) menos de 6 min _____3

2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?

( ) não _____ 0

( ) sim _____1

3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?

( ) não _____ 0

( ) sim _____ 1

4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?

( ) não _____ 0

( ) sim _____ 1

5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?

( ) não _____0

( ) sim _____ 1

6- Quantos cigarros você fuma por dia?

( ) menos de 11 _____ 0

( ) de 11 a 20 _____ 1

( ) de 21 a 30 _____ 2

( ) mais de 30 _____3

TOTAL DE PONTOS – ( )

Grau de Dependência

0-2 pontos - Muito baixo

3-4 pontos - Baixo

5 pontos - Médio

6 – 7 pontos - Elevado

8-10 pontos - Muito elevado

Conforme o "Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante" a farmacoterapia será disponibilizada àqueles que não apresentarem contraindicações ao seu uso e ao menos um dos seguintes critérios: 1- consumo maior que vinte cigarros ao dia; 2- Primeiro cigarro fumado até trinta minutos após acordar e consumo mínimo de dez cigarros ao dia; 3- Escore de Fagerström igual ou maior a cinco; 4- Tentativa anterior sem êxito devido a sintomas de abstinência.

O uso de medicações deverá ser prescrito apenas após avaliação clínica individualizada. Será disponibilizado como tratamento não-nicotínico o antidepressivo cloridrato de bupropiona e a terapia de reposição de nicotina se dará sob a apresentação de adesivos transdérmicos. Ambos medicamentos oferecidos integram o Rename e constituem a primeira linha para Tratamento de Cessação do Tabagismo no SUS.

Este projeto de intervenção será realizado com base nos recursos humanos e financeiros já destinados à UBS, não sendo necessários financiamentos adicionais ou externos.

5 Resultados Esperados

Acredita-se que a implantação deste projeto de intervenção em saúde no município de Brusque-SC, na área adscrita à UBS Cedrinho, permitirá redução da prevalência do tabagismo, das doenças associadas ao uso do tabaco, proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários e menor custo ao Sistema Único de Saúde. Conforme já discutido, está entre as intervenções médicas com melhor relação custo-benefício. Espera-se ainda, que as atividades desenvolvidas promovam o empoderamento dos tabagistas para enfrentamento de eventuais recaídas no processo de cessação.

Considera-se, que as reuniões e as atividades de grupo proporcionarão espaços amplos para o desenvolvimento de ações com temáticas não só antitabaco, mas também de educação e promoção do auto-cuidado. Deve-se ressaltar, sempre, que ações dessa natureza possibilitam resultados mais amplos, estendendo os benefícios aos familiares e conhecidos. No entanto, não é esperada redução imediata na demanda absoluta por atendimentos na UBS. Mesmo que ocorra nos casos decorrentes do uso do tabaco, estima-se que o sucesso da intervenção proporcionará aumento da demanda de interessados em ingressar nos grupos. Ainda assim, representará um ganho muito importante na concepção do processo saúde-doença.

Garantido a longitudinalidade da intervenção, espera-se que a propagação desses conceitos resulte na redução da incidência do tabagismo e na adoção de hábitos saudáveis de vida, garantindo assim, o sucesso do plano de intervenção.Por fim, espera-se que o grupo antitabagismo represente mais um canal de diálogo da equipe de Saúde da Família com a população, permitindo o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

Referências

BRASIL. Portaria gm/ms n° 571, de 5 de abril de 2013: Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do sistema Único de saúde (sus) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 14.

BRASIL. Vigitel brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2014. Citado na página 14.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

BRASIL. Vigitel brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2015. Citado na página 14.

CONTROL, C. F. D.; CDC, P. State-specific secondhand smoke exposure and current cigarette smoking among adults–united states, 2008. *MMWR*, v. 58, n. 44, p. 1232–1235, 2009. Citado na página 13.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. IBGE, Rio de Janeiro, n. 1, 2014. Citado na página 14.

INCA. Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, n. 1, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

MALTA, D. C.; JUNIOR, J. B. da S. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013. Citado na página 14.

ROMERO, L. C. P.; SILVA, V. L. da Costa e. 23 anos de controle do tabaco no brasil: A atualidade do programa nacional de combate ao fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 3, p. 305–314, 2011. Citado na página 14.

SILVA, I. *TABAGISMO - O mal da Destruição em Massa*: O que é? 2016. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/tabagismo.htm>. Acesso em: 20 Jan. 2016. Citado na página 13.

WHO, W. H. O. *Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization*. Geneva: WHO, 2001. Citado na página 13.

WHO, W. H. O. *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009*: Implementing smoke-free environments. Geneva: WHO, 2009. Citado na página 13.

WHO, W. H. O. *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Geneva: WHO, 2011. Citado na página 13.